

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° P19- N° 037537

NO: 44 915

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10530

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASRI Mohamed

Date de naissance : 25/10/1973

Adresse : lot. Skandar 2, Rue 12 N° 43 Hay Hassana Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : DAOUDI Zahra Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : En cas de Réparation

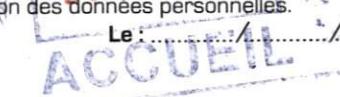
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
0 APRIL 2020	CD		200.00	جاري 06/04/2020 0651211558-4522897538

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES -

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SUNAID HASSAN Dr Ennajd Derb Ghali N° 500 Tel. 05 22 99 21 00 ASABLANCA	29/08/2020					24000.00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI) with the following base units and dimensions:

- Length:** Metre (m)
- Mass:** Kilogram (kg)
- Time:** Second (s)
- Electric Current:** Ampere (A)
- Temperature:** Kelvin (K)
- Amount of Substance:** Mole (mol)
- Luminous Intensity:** Candela (cd)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LUNETTES EL HANAA

نظارات الهناء

Souk Ennajd Derb Ghallef
N° 509
Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف
الرقم 509
الباتنت - 34717241

DATE : 29/08/2020

N° 014301

34717241 107644000020

NOM : DAONDI

PRENOM : ZAHRA

- DOCTEUR : MUSTAPHA

PRIX

- NOMENCLATURE : N°

OD : AXE	180	CYL	-0.50	SPH	-2	-	600
VL							
OG : AXE		CYL		SPH	-0.25		600
ADD :							
OD : AXE		CYL		SPH			
VP							
OG : AXE		CYL		SPH			
Verres	Organic	Glasses	+ AR	+ Bleu			
Monture	OPTIC	Glasses					
Facture Arrêtée à la somme de :	De	L					
Mille Cent Dix	Deux	Quatre Cent DH					

Souk Ennajd Derb Ghallef N° 509
Tel : 0522992700
CASABLANCA



- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

DAoudi
D
(Oeil droit)

ZAAHRA
3

Porter
Habituellement: 2,00 (-0,50 à 180)

-o, ls.

Porter pour
la lecture : _____

Face Mask

AX-Int



Casablanca, le : 12 AOÛT 2020

180 —
العنوان: شارع دار3 عنة الانارة، 51
الهاتف: 03-223538
الfax: 03-545223
البريد الإلكتروني: info@aljazeera.com
Signature